

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12854	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL MAJDAOUT AZIZA
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 07/09/86			
Adresse : 34 Bd oued ouam Rbill Harda Casab			
Tél. : 0661319405	Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
YOUNSSI Hakim liste en chirurgie orthopédique & Traumatologie			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at médecin conseil de la Mutuelle.			

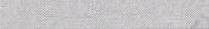
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/05/03	visite Facture		1700,00	DRH DRH Hakam Dr. Sialla 16-05-03 J3

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/09/93	3412,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant
700 DH	15/05/23	3 X 10 ⁻²	Montant des honoraires JASMIN Rue CHAOUA 10000 Marrakech Tel: 0524 36 09 96 B: 0524 36 09 96 de Sidi Massaoui Casablanca - 06 62 49 80 19 Mobile: 06 62 49 80 23 TPE: 09 00 04 02 3

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 16/05/2023

Facture N° 4414/23

Etablie par ZAINAB CH Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3E153271

N° Identifiant : 23053355/23

Nom & Prénom : EL MAJDAOUI AZIZA

C.I.N. :

Date Début :

15/05/2023

Date 15/05/2023

Adresse :

Traitement : Platre

Médecin : KHOUMRI HAKAM

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	700,00		700,00
Total Rubrique :				700,00

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. KHOUMRI HAKAM(TRAUMATOLOGUE)	1	1 000,00		1 000,00
Total Rubrique :				1 000,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

Encasement :			TOTAL FACTURE	1 700,00
Espèce :	Chèque :	Solde :		

700,00 1 000,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille sept cents Dirhams

Cachet et signature





Dr. Asmaa ADNANE

Radiologue

Diplômée du Centre hospitalier universitaire de Casablanca.

Diplôme d'identification

digestive de l'Université

N° Dossier : X3E153265

d'Angers, France.

Casablanca Le : 15/05/2023

Etablie par KAWTAR RADIO Page 1/1

Facture N° 4409/23

N° Identifiant : 23053348/23

Nom & Prénom : EL MAJDAOUI AZIZA

C.I.N. :

Date Entrée : 15/05/2023

Date Sortie : 15/05/2023

Adresse :

Traitemet : Bilan radiologique

Médecin : KHOUMRI HAKAM

Prestations	Nombre	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	--------	---------	------	------	---------

IMAGERIE MEDICALE

Rx cheville gauche F/P et 3/4	1	700,00			700,00
-------------------------------	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique :					700,00
------------------	--	--	--	--	--------

PARTIE CLINIQUE :

TOTAL FACTURE	700,00
----------------------	---------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Sept cents Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane Angle Rue
de Sijilmassa Hay El Hana
Casablanca - Tél: 0522 36 00 96
Mobile: 06 62 49 80 19
INPE: 090004029

- IRM 1,5T
- Scanner Multibarrettes
- Radiologie Conventionnelle
- Mammographie
- Tomosynthèse
- Échographie Doppler
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique

Monte ATHA & MADAOA

~~169,00~~

M. Doliwoqo up

M. b. a NY;

1280

M. Doliwoqo up

M. b. a NY;

8990

Josephine &

Tel: 022.90.21.67 - 022.90.21.67
CLINIQUE
Hay Hassan - Casablanca

6980

16000 0.4

349,00

41

rig. fel. a 12j

~~942,00~~

M. HAKAM
Hakam
Chirurgie & Traumatologie



PPV:22DH20
PER:02/25
LOT:M395

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

LOT 220290
EXP 09/2024
PPV 52.80DH

LEADER PHARMA
DISTRIBUTOR
OF MEDICAL EQUIPMENT
AND DRUGS

10 mg)/0,4 ml

*énoxaparine sodique/
enoxaparin sodium*

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Aïn Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Aïn Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

DOLICOX®

Etoricoxib

90 mg

14 Comprimés
pelliculés

PPV : 169DH00
PER : 01/26
LOT : M092

